

## **Chapitre XIII**

### **La réorganisation des réseaux de caisses**

**du régime général : un mouvement**

**significatif, un impossible *statu quo***



---

## PRÉSENTATION

---

*Examinant en 2004 le maillage des organismes de base du régime général de sécurité sociale - caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) pour la branche maladie, caisses d'allocations familiales (CAF) pour la branche famille, unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF) pour l'activité de recouvrement -, la Cour avait constaté que l'organisation du régime général n'avait pratiquement pas évolué depuis sa création en 1945. Elle avait appelé à un regroupement de ces organismes, considérant que leur nombre ne se justifiait plus<sup>535</sup>.*

*Depuis lors, la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), la caisse nationale des allocations familiales (CNAF) et l'agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) ont engagé une réorganisation de leurs réseaux respectifs, qui est devenue effective entre 2010 et 2014 selon les cas.*

*Dix ans après sa précédente enquête et dans le prolongement des bilans qu'elle a récemment dressés des réorganisations de la mutualité sociale agricole en 2011<sup>536</sup> et du régime social des indépendants en 2014<sup>537</sup>, la Cour a cherché à analyser le processus de recomposition qu'a ainsi connu dans la dernière période le régime général dans une double dimension géographique et fonctionnelle. Elle a aussi voulu apprécier ses résultats en termes d'efficacité de gestion et de gains de productivité au regard des enjeux qui s'attachent à des réseaux regroupant près de 108 000 personnes<sup>538</sup> et représentant une part très majoritaire des*

---

535. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2004*, chapitre VII : l'organisation territoriale et fonctionnelle des branches du régime général, p. 185-210, septembre 2004, la Documentation française, disponible sur [www.ccomptes.fr](http://www.ccomptes.fr).

536. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2011*, chapitre XV : la réorganisation de la Mutualité sociale agricole, p. 435-459, septembre 2011, la Documentation française, disponible sur [www.ccomptes.fr](http://www.ccomptes.fr).

537. Cour de comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2014*, chapitre XVII : le réseau du régime social des indépendants : une réorganisation à achever, p. 493-515, septembre 2014, la Documentation française, disponible sur [www.ccomptes.fr](http://www.ccomptes.fr).

538. 107 830 ETP en CDI travaillent dans les réseaux concernés en 2014, dont 64 970 dans les CPAM, 30 860 dans les CAF et 12 000 dans les URSSAF. Les effectifs des réseaux représentent 95 % des effectifs totaux du régime général (113 000). Source : caisses nationales.

8,6 Md€ de dépenses administratives<sup>539</sup> de ces branches et activité en 2014.

*En application des dispositions de l'article R. 134-4 du code des juridictions financières, ses travaux ont bénéficié du concours de la mission nationale de contrôle et d'audit des organismes de sécurité sociale, rattachée à la direction de la sécurité sociale, pour la réalisation du contrôle sur place de 14 organismes locaux<sup>540</sup>.*

*Il apparaît ainsi que les récentes réorganisations administratives territoriales constituent une avancée significative, d'ampleur différente selon les trois réseaux, mais dont les gains de productivité demeurent inaboutis (I). Du fait de mutualisations foisonnantes d'activités entre caisses, un nouveau maillage fonctionnel est parallèlement en cours de construction, mais au risque de complexités susceptibles de paralyser des évolutions encore nécessaires (II). De nouveaux modèles organisationnels sont ainsi à définir rapidement selon une stratégie d'ensemble pour réduire plus fermement les écarts de productivité entre organismes et réajuster leurs missions et leurs ressorts, de manière à répondre à l'évolution des métiers et à diminuer les coûts de gestion (III).*

## **I - Le resserrement des réseaux : des avancées significatives mais différenciées, des gains de productivité inaboutis**

Les trois réseaux de la branche maladie, de la branche famille et de l'activité de recouvrement ont été organisés depuis l'origine selon des logiques de proximité conduisant à un maillage dense d'organismes à un niveau départemental ou infra-départemental.

L'objectif fixé à la création de la sécurité sociale d'une caisse par département n'avait été de fait que très partiellement atteint. Des tentatives, au milieu des années 90<sup>541</sup>, d'inscrire dans un texte législatif

---

539. 8,6 Md€ de dépenses effectives de gestion administrative (crédits limitatifs), dont 5,5 Md€ pour la branche maladie, 1,9 Md€ pour la branche famille et 1,3 Md€ pour l'activité de recouvrement.

540. CAF du Pas-de-Calais, de l'Isère, du Béarn et Soule, du Val-de-Marne, de Paris et de Seine-Maritime ; CPAM de Lille-Douai, de Rouen-Elbeuf-Dieppe-Seine-Maritime, du Béarn et Soule et des Hauts-de-Seine ; URSSAF des Pays-de-la-Loire, d'Aquitaine, de Rhône-Alpes et de Midi-Pyrénées.

541. En 1994 et 1996.

le principe d'une caisse par département n'avaient pas abouti. Elles ont été suivies, jusqu'au milieu de la décennie 2000, d'une période marquée par l'absence d'impulsion de l'État et des caisses nationales au resserrement des réseaux, conduisant à une géographie des organismes de base historiquement figée, à peu d'exceptions près<sup>542</sup> et décalée par rapport aux évolutions socio-économiques et aux mouvements de la population.

À partir de 2005 toutefois, les conventions d'objectifs et de gestion (COG) passées entre l'État et les caisses nationales têtes de réseaux ont cherché à promouvoir des regroupements d'organismes locaux, dont la mise en œuvre pragmatique et progressive a conduit à une départementalisation des réseaux, puis, dans un second temps, pour la seule activité de recouvrement, à une régionalisation des URSSAF.

### **A - Une départementalisation des trois réseaux, suivie d'une régionalisation des URSSAF**

Les conventions d'objectifs et de gestion (COG) ont engagé à partir de 2005 un mouvement de départementalisation des trois réseaux, avec prudence eu égard au caractère sensible du sujet tant pour les conseils d'administration des organismes de base, attachés à leur autonomie, que pour les agents, inquiets des conséquences potentielles d'une telle recomposition sur leur situation professionnelle et personnelle. Selon les branches, elles ont affiché avec une netteté variable cet objectif de regroupement territorial.

---

542. Une réorganisation notable a concerné l'URSSAF de Paris et de la région parisienne, qui assure plus d'un quart du recouvrement du réseau des URSSAF. Au terme d'un long processus initié en 1994, cet organisme alors quasi régional - seule la Seine-et-Marne disposait d'une URSSAF en propre - a déconcentré en 2005 la gestion des comptes cotisants au sein de neuf directions du recouvrement à ressort principalement départemental. Par ailleurs, quelques fusions d'URSSAF à ressort infra-départemental sont intervenues pendant cette période : Beauvais et Creil en 2000, Laon et Saint-Quentin en 2003 et Montbéliard et Belfort en 2004.

Dans la branche famille, les caisses nationales d'allocations familiales des marins du commerce et de la navigation intérieure ont été dissoutes en 2001.

### **Des objectifs inégalement précis dans les conventions d'objectifs et de gestion**

La COG de la branche maladie pour 2006-2009 ne mentionnait pas la fusion de caisses infra-départementales, mais uniquement « la recherche d'une organisation cible la plus adaptée aux besoins des assurés », avec « la définition d'un cadre général des regroupements d'équipes de direction ou de rapprochement d'organismes ».

La COG 2005-2008 de la branche famille était plus explicite, en prévoyant de « structurer les organismes infra-départementaux » et en fixant un objectif d' « unité de la branche dans le département ». Ce n'est toutefois qu'avec la COG 2009-2012 que l'objectif de « réaliser la départementalisation du réseau à l'horizon 2011 » a été clairement affiché et mis en œuvre.

La COG 2006-2009 de l'activité de recouvrement indiquait quant à elle expressément que « dans les dix départements où il existe plusieurs URSSAF, des rapprochements devront être engagés pour conduire, avant 2010, à une seule structure juridique par département ». À la suite de ce mouvement de départementalisation qui s'est achevé en 2010, la COG 2010-2013 a engagé la régionalisation des URSSAF, en posant le principe d' « un siège régional unique en charge du pilotage stratégique (...) et des établissements départementaux relevant du siège en charge de la production, de la relation avec les cotisants et du management opérationnel ».

## **1 - Un pilotage pragmatique par les caisses nationales**

Chaque caisse nationale a mené sa propre démarche en fonction des caractéristiques de son réseau. Toutes ont piloté le mouvement de recomposition avec pragmatisme et se sont attachées à cadrer les évolutions, tout en laissant le soin aux directeurs de caisse de les négocier et de les mettre en œuvre localement. Ces derniers ont porté une attention particulière au dialogue social.

Ainsi, la CNAMTS, outre un pilotage et un suivi très attentifs, a apporté un soutien important aux CPAM pour lesquelles les fusions s'annonçaient les plus délicates. Une fois la départementalisation engagée, la CNAF a tenu ferme sur le calendrier et les étapes de fusion de caisses, tout en restant souple sur les modalités de réalisation au plan local. L'ACOSS a quant à elle fixé un cadre et des limites à chaque URSSAF dans la conduite de la régionalisation et a organisé un accompagnement adapté sous la forme d'offres de services.

Dans les trois cas, la modification des instances de gouvernance et de représentation du personnel a été encadrée au plan national, mais conduite et négociée localement.

### **Des conseils d'administration parfois réticents**

Bien que les différentes réorganisations des réseaux aient toutes été adoptées, avant leur mise en œuvre, par un vote majoritaire au sein des conseils d'administration des caisses nationales, certains conseils d'administration d'organismes locaux ont été fortement réticents aux regroupements projetés.

Un an après la décision du conseil d'administration de la CNAF de juin 2007, son président devait rappeler aux administrateurs que la départementalisation avait été adoptée et qu'il convenait de ne pas en retarder la mise en place. En particulier, la CAF de Vienne, qui devait fusionner avec celle de Grenoble, a passé quatre années sans budget de gestion administrative car son conseil refusait par opposition à la fusion de signer le contrat pluriannuel de gestion avec la CNAF. Par ailleurs, la CNAF a dû renoncer en 2009 à la fusion des CAF de Pau et de Bayonne. Cette fusion est toutefois désormais prévue par la COG 2014-2017.

Le regroupement des URSSAF départementales de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur en une URSSAF régionale ayant pour siège Marseille s'est heurté à de fortes oppositions dans le principal autre département de la région (Alpes-Maritimes).

Pour chacun des trois réseaux, les fusions d'organismes se sont réalisées sans perturbation significative du service pour les assurés et les cotisants. La problématique des systèmes d'information a été en effet bien prise en compte dans chaque branche, malgré, parfois, quelques difficultés localisées et temporaires, sans rupture d'activité. La longue préparation et la mise en œuvre souvent progressive des regroupements ont facilité ces fusions sans heurts majeurs.

## **2 - Des conditions de mise en œuvre propres à chaque branche**

Après avoir expérimenté cinq rapprochements de caisses infra-départementales<sup>543</sup>, la CNAMTS a décidé de fusionner au 1<sup>er</sup> janvier 2010 en une seule étape les autres caisses au ressort inférieur au département comptant moins de 250 000 bénéficiaires, taille critique en deçà de laquelle selon ses estimations une CPAM aurait des difficultés à fonctionner.

---

543. Ces rapprochements, pour certains débutés dès 2004, ont été concrétisés par la nomination en 2007 de directeurs communs. Ils ont concerné les CPAM de Saint-Quentin et Laon, Annonay et Privas, Nancy et Longwy, Rouen et Elbeuf, ainsi que Tourcoing et Roubaix.

Les deux autres réseaux ont suivi une approche différente.

Pour la branche famille, le projet de départementalisation a connu une lente maturation. La CNAF est restée en retrait au cours de la COG 2005-2008, son conseil d'administration n'ayant retenu le principe de la départementalisation du réseau qu'en juin 2007. Cette dernière n'a été achevée qu'en 2011, six ans après son inscription à la COG, en plusieurs étapes, telles que prévues par la COG 2009-2012.

L'ACOSS a également procédé par vagues successives pour la départementalisation des URSSAF, avec la création de trois URSSAF départementales par regroupements d'organismes infra-départementaux en 2008, puis de six en 2009 et d'une en 2010. Le processus de régionalisation qui s'est engagé ensuite entre 2012 et 2014 s'est également échelonné en trois phases fondées sur le volontariat des organismes. Les URSSAF de trois régions y ont participé au 1<sup>er</sup> janvier 2012, de douze au 1<sup>er</sup> janvier 2013 et de six début 2014, l'expérience de chaque « vague » servant ainsi à préparer la suivante.

### 3 - Une ampleur différente selon les réseaux

L'ampleur des réorganisations territoriales diffère entre les trois réseaux : ceux des CPAM et des CAF se sont alignés, avec quelques exceptions, sur un cadre départemental qui revêtait déjà un caractère prépondérant, ce qui a limité le nombre de regroupements ; celui des URSSAF a été très fortement resserré dès lors que la mise en place d'organismes régionaux a succédé au mouvement de départementalisation dont les effets avaient été plus limités que dans les autres réseaux, pour partie du fait des regroupements déjà intervenus au début des années 2000. Le tableau ci-après fait la synthèse de ces évolutions.

**Tableau n° 84 : les réorganisations des réseaux maladie, famille et recouvrement (2005 - 2014)**

	Maladie	Famille	Recouvrement	
Nombre d'organismes en 2015	102 CPAM	101 CAF	22 URSSAF	
Maille	Département	Département	Département	Région
Calendrier	1 <sup>er</sup> janvier 2010	Année 2011	2008-2010	2012-2014
Organismes fusionnés	48 en 22	34 en 13	24 en 11	89 en 22
Réduction du nombre d'organismes	-26 (de 128 à 102) soit -20 %	-21 (de 122 à 101) soit -17 %	-13 (de 102 à 89) soit -16 %	-67 (de 89 à 22) soit -75 %

Source : Cour des comptes d'après données CNAMTS, CNAF et ACOSS.



Avec 102 CPAM<sup>544</sup>, le réseau de l'assurance maladie a été réduit de 26 entités. Quatre départements comptent toujours plusieurs caisses primaires : le Pas-de-Calais, les Pyrénées-Atlantiques et la Seine-Maritime avec chacun deux CPAM<sup>545</sup> et le Nord, avec encore quatre CPAM<sup>546</sup>.

Le nombre de CAF a diminué pour sa part de 21 entités, passant de 122 à 101. Toutefois, le département des Pyrénées-Atlantiques compte encore deux caisses infra-départementales (Pau et Bayonne).

Le réseau du recouvrement est passé dans le cadre de sa départementalisation, de 102 à 89 URSSAF, avec la suppression de 13 organismes, le département du Doubs conservant cependant deux entités (Besançon et Montbéliard). Dans un second temps, la régionalisation des URSSAF en a ramené le nombre de 89 à 22.

Au total, les réorganisations territoriales ont concerné pas moins de 195 organismes, soit plus de la moitié (55 %) des 352 que comptaient auparavant ensemble les trois réseaux concernés. Leur nombre total a été ramené à 225, soit une réduction globale de 36 %.

Cette recomposition significative ne s'est toutefois pas inscrite dans une perspective affirmée d'économies de gestion, mais avait comme objectif affiché l'amélioration du service rendu et de l'exercice des missions.

---

544. En incluant la caisse commune de sécurité sociale de la Lozère. Ce chiffre, comme ceux cités pour les autres réseaux, n'inclut pas les caisses générales de sécurité sociale de quatre départements d'outre-mer (Guadeloupe, Guyane, Martinique et La Réunion), qui gèrent les prestations maladie et vieillesse et recouvrent les prélèvements sociaux du régime général et du régime agricole, ni la caisse de sécurité sociale de Mayotte qui a des missions identiques. Dans les cinq DOM précités, les prestations familiales sont en revanche gérées par des CAF.

545. Respectivement, les CPAM d'Artois et de la Côte d'Opale, du Béarn et du Pays Basque et celles de Rouen-Elbeuf-Dieppe-Seine-Maritime et du Havre.

546. Lille-Douai, Roubaix-Tourcoing, Hainaut et Flandres.

## B - Une logique d'efficience souvent encore inaboutie

Les COG entre l'État et les organismes nationaux placent la départementalisation des réseaux dans les chapitres relatifs à l'amélioration de l'efficience des branches et activité concernées<sup>547</sup>. S'agissant de la branche famille, la structuration des organismes infra-départementaux était présentée dans la COG 2005-2008 avec une pluralité d'objectifs<sup>548</sup>. La COG 2009-2012, qui a encadré la mise en œuvre effective de la départementalisation, a recentré ces réorganisations sur l'objectif d'efficacité de la gestion.

Toutefois, les COG ne fixent pas d'objectifs de gains de productivité, ni d'indicateurs de suivi directement associés aux fusions de structures à l'échelon local, ces objectifs et indicateurs restant exprimés de façon globale à l'échelle de chaque branche. Ainsi, la réalisation de gains de productivité et d'économies de frais de gestion directement liées aux réorganisations n'a pas été expressément évoquée devant les conseils d'administration et les instances représentatives du personnel.

La régionalisation récente du réseau du recouvrement dans la COG 2010-2013 s'est effectuée dans un contexte différent. Si la COG situe la régionalisation dans une perspective large<sup>549</sup> et ne comprend pas non plus d'objectifs, ni indicateurs d'efficience spécifiques au mouvement de régionalisation, elle est accompagnée d'efforts d'ajustement des effectifs directement liés à cette réorganisation (voir *infra*).

De fait, les regroupements opérés, s'ils se sont traduits sur un plan strictement juridique par une diminution significative du nombre des organismes de base, ont eu des incidences inégalement marquées sur les

---

547 .La COG 2006-2009 de la branche maladie situe les rapprochements d'organismes dans le chapitre sur le renforcement de la performance et de l'efficience globale de la branche. La COG 2005-2008 de la branche famille installe les développements sur la structuration des organismes infra-départementaux dans le chapitre portant sur l'optimisation des ressources de la branche, la COG suivante dans celui sur l'optimisation de la performance de gestion et sur un fonctionnement en réseau plus efficace. La COG 2006-2009 du recouvrement prévoit de renforcer l'échelon départemental dans le chapitre sur le renforcement de l'efficience du réseau piloté par l'ACOSS.

548. « Renforcer la qualité du service rendu aux allocataires, garantir la cohérence de l'action sociale familiale et optimiser les coûts ».

549. « Pour répondre aux exigences portées par le métier », en « assurant un niveau de qualité de service, de performance et de maîtrise des risques accrus ».

modes d'organisation et insuffisamment perceptibles sur les coûts de gestion des réseaux.

**Une mobilité géographique et fonctionnelle des agents très encadrée**

Les contraintes affectant la mobilité des agents n'ont cessé de s'alourdir au fil des trois protocoles successifs<sup>550</sup> passés avec leurs organisations représentatives par l'union des caisses nationales de sécurité sociale (UCANSS) sur l'incidence des réorganisations sur la gestion des effectifs.

**Tableau n° 85 : effectifs concernés par les réorganisations**

	Maladie	Famille	Recouvrement
Effectifs	19 185 soit 23 %	7 513 soit 28 %	12 150 <sup>551</sup> soit 90 %

Source : Cour des comptes d'après données UCANSS, CNAMTS, CNAF et ACOSS.

Outre l'exclusion du recours à tout licenciement pour motif économique, ces protocoles ont introduit des restrictions croissantes à la mobilité non seulement géographique, mais aussi fonctionnelle, c'est-à-dire au changement d'emploi au sein d'un même organisme.

Les mobilités tant géographiques que fonctionnelles ne peuvent intervenir, lors de réorganisations des réseaux et de mutualisations d'activités entre organismes, que sur la base du volontariat. Ainsi, la clause de mobilité mentionnée dans les contrats de travail de certains salariés est rendue inopposable en cas de restructuration, quelle qu'en soit la modalité (fusion ou mutualisation d'activité avec un autre organisme). Ces dispositions contraignent fortement les possibilités de reconversion de l'activité de certains sites.

Du point de vue géographique, les salariés dont le nouveau lieu de travail se situe à plus de 35 km de leur lieu de résidence, ou ceux dont le temps de trajet aller-retour augmente d'une heure ou plus, bénéficient de primes, d'aides et de congés exceptionnels. Les dispositions prévues pour accompagner la mobilité géographique avec ou sans changement de domicile ont eu des effets très limités : elles ont été appliquées à un peu plus de 500 agents, quand 38 500 étaient concernés par les réorganisations.

550. Protocoles d'accord relatifs aux garanties conventionnelles dans le cadre de l'évolution des réseaux des 5 septembre 2006, 26 janvier 2010 et 13 novembre 2013.

551. La départementalisation a concerné 2 200 agents du recouvrement, soit 16 % des effectifs.

En application du protocole de 2013, une prime temporaire<sup>552</sup> est attribuée à tout salarié qui accepte une mobilité fonctionnelle lors d'opérations de réorganisation, par exemple un changement d'activité au sein du même site. Les données de l'UCANSS font apparaître que 4 000 agents ont bénéficié d'actions de formation continue en lien avec un objectif de mobilité fonctionnelle, mais ne permettent pas d'appréhender le nombre de ceux qui ont effectivement accepté une mobilité fonctionnelle.

De façon générale, les restrictions renforcées apportées à la mobilité géographique et fonctionnelle des agents, en dehors des actes de volontariat, dont la Cour a déjà souligné les contraintes considérables qu'elles font peser sur les progrès nécessaires à l'efficacité de la gestion au sein du régime général<sup>553</sup>, ont eu une forte incidence sur les processus de réforme et diminué les gains de productivité qui pouvaient en être attendus.

### 1 - Des réorganisations fonctionnelles de portée inégale

Il peut être distingué, à quelques ajustements près, deux types principaux d'organisations à l'issue des fusions d'organismes dans les branches maladie et famille.

Certaines caisses ont décidé de créer une entité entièrement nouvelle en concentrant les activités sur les sites afin d'engendrer des gains d'efficacité. C'est notamment le cas de la CAF de Seine-Maritime ou de la CPAM de Rouen-Elbeuf-Dieppe-Seine-Maritime.

#### La création d'entités nouvelles

La CAF de Seine-Maritime a cherché à dépasser les quatre structures préexistantes pour constituer une seule et même entité, ce qui a nécessité d'importantes réorganisations internes. Ainsi, la numérisation des documents des assurés a été répartie sur deux sites au lieu de quatre et des services dédiés à certaines prestations comptant un nombre réduit d'allocataires et à forte technicité. Fin 2012, la gestion des droits et de la relation a été scindée en un pôle « gestion des droits » et un pôle « gestion de la relation » afin de tenir compte de la progressive séparation des fonctions de *front* et de *back office*.

552. Un demi-mois de salaire (changement d'emploi au sein de la même famille de métier) ou un mois entier (changement de famille de métier).

553. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2011*, chapitre XIII : la productivité dans les organismes du régime général, p. 375-404, septembre 2011, la Documentation française, disponible sur [www.ccomptes.fr](http://www.ccomptes.fr).

La CPAM de Rouen-Elbeuf-Dieppe-Seine-Maritime a été conçue comme une nouvelle caisse par l'équipe de direction, chaque activité étant regroupée sur un site unique. Ainsi, a été concentré à Elbeuf le traitement des pensions d'invalidité et de la couverture maladie universelle et à Dieppe la gestion de la reconnaissance des accidents du travail et maladies professionnelles et des rentes qui leur sont liées. Les indemnités journalières demeurent majoritairement gérées par le site de Dieppe avec un renfort de Rouen. La gestion des prestations en nature reste assurée par les trois sites, mais avec une spécialisation par professionnels de santé.

Dans un grand nombre de cas cependant, les fusions ont à l'opposé conduit à juxtaposer les activités des anciens organismes, sans que celles-ci soient redistribuées entre les différents sites dans un objectif de constitution de pôles d'activité.

Dans la branche maladie, la moitié des CPAM fusionnées s'est organisée par la simple juxtaposition des activités des anciennes caisses, comme cela a été le cas pour la CPAM de Lille-Douai. Pour la branche famille, une proportion équivalente de caisses, à l'image de la CAF du Pas-de-Calais, reste dans ce cas de figure. Dans quatre départements<sup>554</sup>, la mise en œuvre des fusions de CAF s'est traduite par la dissociation du siège administratif (direction) et du siège social (conseil d'administration). Il en a été de même lors de la départementalisation de deux URSSAF<sup>555</sup>.

Certains organismes ont connu une réorganisation partielle, comme la CAF de l'Isère<sup>556</sup>. À la CAF du Nord, la fusion des huit CAF préexistantes s'est toutefois accompagnée du maintien d'une organisation territoriale spécifique pour l'action sociale.

---

554. Ain, Ardèche, Finistère et Seine-Maritime.

555. Finistère et Pyrénées-Atlantiques.

556. Seule a été centralisée à Grenoble la gestion de prestations comportant un nombre réduit de bénéficiaires (impayés de loyer, allocation journalière de présence parentale et revenu de solidarité active jeunes). Les services de liquidation sont restés implantés sur les sites où ils se trouvaient avant la départementalisation.

Afin de favoriser l'acceptation de la régionalisation, le cadre départemental a pour partie été conservé dans le cadre des nouvelles URSSAF régionalisées. Ainsi, des conseils départementaux paritaires<sup>557</sup> ont reçu mission d'analyser le contexte économique et social local, la politique de service aux usagers et celle de lutte contre les fraudes. En outre, ont été instaurées des instances départementales d'instruction des recours amiables, qui rendent des avis préalablement à leur examen par la commission de recours amiable de niveau régional<sup>558</sup>.

Pour le reste, la liberté d'organisation laissée aux échelons locaux a entraîné l'apparition de deux principaux modèles de structuration des URSSAF régionales. Le premier est un pilotage hiérarchique et fonctionnel unique d'un ou de plusieurs processus de gestion par un seul responsable régional qui dirige l'ensemble des agents participant aux processus en question, quel que soit leur site de travail. Il correspond à la forme la plus aboutie d'intégration des URSSAF départementales préexistantes en une nouvelle entité comprenant plusieurs sites de production et est appliqué notamment par l'URSSAF des Pays-de-la-Loire. Le deuxième modèle, mis en œuvre en particulier par l'URSSAF de Rhône-Alpes, est le pilotage matriciel, avec un double lien des agents - hiérarchique avec le directeur de site départemental et fonctionnel avec le responsable régional du processus -, au prix cependant d'une multiplication des instances de coordination. Les URSSAF se sont partagées à part égales entre ces deux modèles, qui comportent eux-mêmes des variantes.

Quel que soit le mode d'organisation retenu, les directions des URSSAF régionalisées se sont attachées à regrouper sur certains sites la gestion de comptes cotisants autres que ceux relevant du « cœur de métier » des employeurs de salariés du secteur privé (collectivités publiques, employeurs de personnels de maison, praticiens et auxiliaires médicaux, voire artisans et commerçants). Les comptes cotisants des employeurs du secteur privé tendent eux-mêmes à être reventilés entre les différents sites en fonction d'objectifs d'efficience, indépendamment de

---

557. À raison de huit représentants des employeurs de salariés et des travailleurs indépendants et de huit représentants des assurés sociaux.

558. L'instance départementale d'instruction des recours amiables (IDIRA) comprend dix membres désignés parmi les membres des conseils départementaux à raison de cinq représentants des employeurs de salariés et des travailleurs indépendants et cinq représentants des salariés. Elle prépare les examens de la commission de recours amiable régionale en émettant de simples avis. Les membres titulaires et remplaçants de l'IDIRA proviennent du conseil départemental, organe issu de la dissolution des conseils d'administration départementaux.

leur localisation géographique<sup>559</sup>. En Île-de-France, l'ensemble des sites de production ont été spécialisés par segments de cotisants et gèrent ces derniers, indépendamment du département dans lequel ils sont localisés.

## 2 - Des implantations géographiques largement figées

Le resserrement du nombre d'entités juridiques des trois réseaux s'est accompagné d'une réduction moins que proportionnelle, voire parfois d'une augmentation, du nombre de sites permanents d'activité.

**Tableau n° 86 : évolution du nombre de sites permanents des réseaux maladie, famille et recouvrement de 2009 à 2014**

	Maladie	Famille	Recouvrement
Réduction du nombre de sites permanents	-180 (de 1 427 à 1 247) soit -12,6 %	-55 (de 417 à 362) soit -13,4 %	-8 (de 178 à 170) soit -4,5 %
Réduction du nombre d'organismes locaux	-20 %	-17 %	-78 %

Source : Cour des comptes d'après données UCANSS, CNAMTS, CNAF et ACOSS.

Dans la branche famille, le nombre d'implantations immobilières occupées à titre permanent par les CAF fusionnées<sup>560</sup> a paradoxalement augmenté de 4 % entre 2010 et 2013, alors que pour les CAF non concernées par la départementalisation il a diminué de 1,6 %.

La réduction du nombre de sites des CPAM fusionnées est identique, en proportion, à celle du réseau pris dans son ensemble. Les opérations de départementalisation n'ont pas conduit à diminuer spécifiquement le nombre de leurs emprises.

Pour le réseau du recouvrement, la COG 2010-2013 avait prévu le maintien de l'ensemble des sites départementaux, y compris les 23 implantations infra-départementales, dont certaines, comme Cholet ou Vienne, ne comptent qu'une trentaine de salariés.

Le caractère figé de la carte des implantations du régime général, jusqu'aux sites de petite taille, peine à trouver une justification fonctionnelle dans un contexte d'évolution des métiers. Il contraint

559. Les recours des cotisants demeurent cependant examinés par les instances départementales d'instruction des recours amiables dans le ressort géographique desquelles ils sont situés.

560. Ou dont la fusion est prévue (Pyrénées-Atlantiques).

fortement l'organisation interne des caisses et fait souvent obstacle à la mise en place de pôles d'activité.

#### **Une optimisation des surfaces immobilières à poursuivre**

La circulaire interministérielle du 12 avril 2010 dispose qu'en 2015 « un ratio moyen de 12 m<sup>2</sup> de surface utile nette (SUN) par poste de travail » doit être visé dans les organismes de sécurité sociale, « conformément à l'orientation fixée à l'égard des opérateurs de l'État »<sup>561</sup>. Grâce à une politique immobilière active, la branche maladie s'est conformée à cet objectif dès 2013 avec une surface de 12 m<sup>2</sup>. La branche famille s'en approche avec 12,7 m<sup>2</sup> de surface par agent pour cette même année. Le réseau du recouvrement s'en écarte en revanche nettement avec 14,2 m<sup>2</sup>. Le nombre de sites dont la surface est supérieure à 15 m<sup>2</sup> par agent reste toutefois important (70 % des sites de la branche maladie et 40 % des sites de la branche famille<sup>562</sup>).

### **3 - Des gains d'efficacité insuffisamment mobilisés**

La CNAMTS et la CNAF n'ont pas accompagné l'engagement du mouvement de réorganisation de leur réseau d'un dispositif de suivi des coûts associés et n'ont pas cherché à évaluer les gains d'efficacité qui avaient pu être dégagés.

Une enquête réalisée par la CNAMTS, à la demande de la Cour, pour mesurer les conséquences des fusions sur la masse salariale de la branche fait apparaître un coût des mesures non pérennes de 8,9 M€<sup>563</sup> et un coût des mesures pérennes de 7,2 M€<sup>564</sup> par an à partir de 2011. Au total, le coût cumulé des fusions sur les dépenses de personnel s'élève à 46,6 M€ de 2009 à 2014, dont 37,8 M€ de mesures pérennes. La branche n'a en revanche pas mesuré les éventuelles économies réalisées à la suite des fusions. Les organismes fusionnés ont cependant connu une réduction de leurs effectifs légèrement plus importante (-4,1 %) que les autres caisses (-2,9 %) entre 2010 et 2013, soit un écart de l'ordre de 2 000 emplois correspondant à une économie d'environ 120 M€, dont il

561. La SUN par poste de travail de l'État s'établit à 14,4 m<sup>2</sup> en 2013 selon le rapport annuel de performance de la mission budgétaire relative à la gestion du patrimoine immobilier de l'État.

562. Ces données ne sont pas disponibles pour les URSSAF.

563. Emplois en CDD (6,3 M€), primes de mobilité (2,5 M€), indemnités de mobilité géographiques (0,08 M€).

564. Attributions de points de compétence (3,9 M€) et de postes (2,3 M€), promotions (1 M€).



n'est cependant pas assuré qu'elle résulte principalement du seul processus de regroupement.

La CNAF dispose d'une connaissance très imparfaite du coût de la départementalisation, son suivi, quoique prévu, n'ayant pas été réalisé avec rigueur. Pour financer les opérations de départementalisation, elle estime avoir mobilisé *a minima* 2,4 M€ en 2011, ce qui apparaît sous-évalué. Au titre des dépenses de fonctionnement des services supports, elle indique une économie reductible de 16 M€ à terme, dont 12,6 M€ en 2015<sup>565</sup>. La branche famille n'a pas réduit ses effectifs sur la période de mise en place des réorganisations, ni globalement, ni plus particulièrement dans les caisses concernées par la départementalisation.

Avec la régionalisation, l'ACOSS fait exception à ce constat d'absence de suivi précis des coûts et des gains d'efficience liés à l'évolution de l'organisation territoriale de son réseau. Ainsi, elle a mis en place un cadre structuré de pilotage des coûts, alimenté par les URSSAF, qui la conduit à évaluer le coût de la régionalisation à plus de 36 M€ sur la période 2011-2014 (actions d'accompagnement, primes, expertises demandées par les représentants du personnel, travaux informatiques).

S'agissant des gains d'efficience, la régionalisation des URSSAF permettrait de faire l'économie de 500 emplois, exprimés en ETP, sur la période 2010-2017, dont 120 sur la période de la COG précédente (2010-2013) et 380 sur celle en vigueur (2014-2017). Ainsi, les réductions d'emplois permises par la régionalisation correspondraient peu ou prou à la totalité de la baisse des effectifs constatée entre 2010 et 2013 et à plus de la moitié de celle programmée dans le cadre de la COG 2014-2017 en vigueur (-740 emplois au total par rapport au 31 décembre 2013).

En définitive, le mouvement de départementalisation mis en œuvre dans les trois réseaux n'a pas suscité de réduction des effectifs des réseaux de CAF et d'URSSAF et sa contribution à celle des effectifs du réseau des CPAM est incertaine. En revanche, la régionalisation des URSSAF concourt à permettre des diminutions d'emplois.

---

565. Au titre de la réduction progressive du « correctif effet taille ».

**Tableau n° 87 : évolution du nombre d'agents (ETP- CDI) du régime général (2009 à 2014)**

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2014/2009
Assurance maladie	75 302	73 407	71 451	70 630	69 864	67 671	-10,1%
Allocations familiales	32 320	32 619	32 466	32 631	32 314	32 089	-0,7%
Recouvrement	13 514	13 534	13 509	13 453	13 380	13 194	-2,4%
Total	121 136	119 560	117 426	116 714	115 558	112 954	-6,8%

Source : CNAMTS, CNAF et ACOSS.

\*

\* \*

Le passage à une organisation territoriale fondée sur une logique départementale, à quelques exceptions près encore, pour l'assurance maladie et la branche famille et désormais régionale pour l'activité de recouvrement, a abouti à un mouvement de concentration significatif, mais inégal, sans conséquence négative pour la continuité du service et le plus souvent sans blocage majeur dans sa mise en œuvre, grâce à une grande progressivité et à une démarche pragmatique qui a laissé chaque nouvelle caisse choisir son modèle organisationnel.

Ces opérations bien menées n'ont pas à ce stade encore dégagé des gains d'efficience en termes d'emplois et d'économies de gestion à la mesure de l'ampleur des réorganisations. Les contraintes posées par les protocoles d'accord sur les mobilités géographiques et fonctionnelles ont fortement contribué à cet état de fait.

Les obstacles à une réorganisation plus profonde ont ainsi favorisé le développement en parallèle de coopérations multiples entre organismes, la mutualisation d'activités apparaissant comme le moyen d'optimiser la répartition de la charge de travail entre ces derniers et de compenser partiellement les contraintes liées à la mobilité réduite des agents.

## **II - Les mutualisations d'activités : un nouveau maillage fonctionnel en cours de constitution, un risque de complexification**

La branche maladie, l'activité de recouvrement, ainsi que la branche vieillesse ont de longue date mutualisé leurs moyens informatiques dans le cadre de centres régionaux de traitement informatiques. En revanche, comme l'a déjà documenté la Cour en 2004,

la coopération régionale entre organismes de base est longtemps restée balbutiante et peu organisée. Des exemples limités de coopérations régionales, parfois anciennes, existent néanmoins<sup>566</sup>.

Les mutualisations ont pris de l'ampleur à partir des COG des années 2005-2006. Les COG successives ont situé le développement des mutualisations d'activités dans les mêmes chapitres que les réorganisations des réseaux, en tant qu'instruments d'efficience et d'amélioration de la performance.

Elles ont cependant fixé un cadre très large à leur développement, avec le plus souvent des orientations très générales, sans les assortir d'objectifs précis ou d'indicateurs de suivi, ni les inscrire dans une trajectoire chiffrée d'amélioration de la productivité. Toutefois, les modalités juridiques ont été précisées, la mutualisation d'une activité consistant en la prise en charge par un organisme de tout ou partie de celle-ci pour le compte d'un autre ou de plusieurs autres en application d'une convention établie entre l'organisme national et les organismes locaux concernés<sup>567</sup>.

### **A - Un nouveau maillage fonctionnel sans stratégie d'ensemble**

Les caisses nationales ont laissé une latitude importante à l'échelon local. L'évaluation préalable des activités entrant dans le champ des mutualisations s'est souvent révélée insuffisante et la désignation des processus mutualisés n'a pas systématiquement tenu compte d'objectifs de gains d'efficience.

---

566. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2004*, chapitre VII : l'organisation territoriale et fonctionnelle des branches, p. 185-210, septembre 2004, la Documentation française, disponible sur [www.ccomptes.fr](http://www.ccomptes.fr) : pour l'activité de recouvrement, la mise en place de correspondants régionaux dès 1995 dans certains domaines ; pour la branche famille, l'installation d'experts régionaux avec la COG 2001-2004, majoritairement pour le développement de modèles informatiques ; pour la branche maladie, le développement progressif de plates-formes téléphoniques, dont certaines sur un site commun à chaque regroupement.

567. En application notamment de l'article L. 216-2-1 du code de la sécurité sociale (loi de financement de la sécurité sociale pour 2007).

## **1 - Un foisonnement d'initiatives portant principalement sur des activités périphériques**

Les mutualisations ont porté principalement sur des fonctions support. Lorsqu'elles ont concerné également des activités de production, elles ont visé des tâches secondaires par rapport au cœur de métier.

S'agissant de la branche maladie, la CNAMTS a décliné puis poursuivi à partir de 2006 les mutualisations dans cinq champs principaux : la gestion de certaines prestations en espèces (rentes d'accidents du travail - maladies professionnelles, pensions d'invalidité) et de certains aspects de la gestion des prestations en nature (prise en charge du grand appareillage, numérisation des feuilles de soins papier) ; la relation avec les assurés (accueil physique et accueil téléphonique) ; les fonctions support (documentation, paie, formation, achats et recours contre tiers) ; la gestion du risque avec les actions contentieuses ainsi que la gestion des bénéficiaires de certains dispositifs (couverture médicale universelle, aide médicale d'État). Sauf exception, les prestations en nature et les indemnités journalières dont la gestion concentre la majorité des enjeux et des effectifs ne sont pas entrées dans le champ des mutualisations.

Pour ce qui concerne la branche famille, il a fallu attendre 2009 pour que la CNAF définisse deux types de mutualisation : les services à vocation nationale, dont la mutualisation a été engagée<sup>568</sup> et des mutualisations régionales laissées à l'initiative des CAF<sup>569</sup>, aux résultats limités. Sur la période de la COG 2013-2017, la branche famille poursuit les mutualisations nationales dans six domaines : les achats, l'éditique, la paie, les prestations aux travailleurs migrants, les opérations de masse pour la lecture automatisée de documents et l'aide aux caisses en difficulté par l'atelier de régulation des charges permettant le transfert de certains dossiers à des CAF moins chargées<sup>570</sup>, sans préjudice du passage à un niveau régional du traitement du contentieux.

---

568. Pour ce qui concerne les achats, les dossiers des travailleurs migrants, le traitement en lecture automatique des déclarations trimestrielles de ressources du RSA et des déclarations de ressources, l'éditique et la régulation des charges.

569. Numérisation des dossiers allocataires (hors lecture automatisée de documents), gestion du contentieux/recouvrement et paie.

570. Ce dispositif mobilise plus de 700 agents. Pour la seule liquidation des prestations, 5,6 % de la production nationale a été assurée par 44 CAF, dont 12 sont aussi des CAF aidées.

Jusqu'à la régionalisation, l'activité de recouvrement a mené concomitamment des actions de coopération et de mutualisation, en réalité étroitement liées au point de partager un socle commun portant sur de très nombreux domaines<sup>571</sup>. Quatre processus principaux ont été généralisés au cours de cette période, avec la gestion de la déclaration unique d'embauche, la gestion administrative de la paie, les achats et marchés et l'assistance technique à la gestion locale du système informatique national. Avec la régionalisation des URSSAF, le développement des mutualisations a de fait été suspendu, à l'exception de la poursuite de quelques initiatives régionales. La COG 2014-2017 prévoit cependant un approfondissement des mutualisations autour de schémas directeurs inter-régionaux en cours de mise en place.

Au total, les nombreuses mutualisations qui se sont développées en tous sens n'impliquent cependant qu'une faible part des effectifs des réseaux : 10 % pour la branche famille en 2014, seulement 3 % pour la branche maladie en 2012 et 3,2 % des effectifs des URSSAF en 2009, avant la régionalisation.

## **2 - Des redistributions d'activités souvent défensives**

Le développement des mutualisations apparaît largement conditionné par des contraintes d'ordre circonstanciel et local. Il a manqué de vision stratégique sur les évolutions à apporter aux modalités de prise en charge des activités concernées afin d'en accroître l'efficacité.

Compte tenu de l'absence de mobilité des effectifs et de l'impossibilité *de facto* de fermer des sites, les caisses de taille modeste ou moyenne assurent plus difficilement certaines missions lorsque celles-ci appellent des compétences spécialisées dont elles sont faiblement pourvues. Les mutualisations constituent alors un moyen de concentrer des expertises sans engager de réorganisation plus importante.

---

571. Direction et stratégie, gestion des ressources humaines, trésorerie, contrôle interne, comptabilité, statistiques, gestion du risque, contrôle, communication, offres de service et qualité de service, moyens informatiques et système de production.

### Une mise en cohérence géographique imparfaitement assurée

Dans la branche maladie, les mutualisations s'inscrivent *de facto* largement dans un cadre régional, sans couvrir cependant la totalité des caisses d'une même région. Selon la CNAMTS, environ 60 % des mutualisations regroupaient une ou plusieurs CPAM d'une même région et seuls 30 % environ associaient toutes les caisses de la région<sup>572</sup>.

La CNAF a mis en place en 2014 des schémas régionaux de mutualisation couvrant de fait un champ très large, pour partie à caractère obligatoire<sup>573</sup>, pour partie à caractère optionnel sur un plan national<sup>574</sup> ou régional<sup>575</sup>.

Ces schémas apparaissent hétérogènes tant dans leur ressort géographique que dans leur taille. Au nombre de seize, dix sont régionaux et six inter-régionaux ; quatre ont moins de 400 000 allocataires (Bourgogne, Franche-Comté, Alsace et Lorraine), huit ont entre 400 000 et 600 000 allocataires et les quatre autres entre 1 million et 2 millions d'allocataires (centre régionaux de traitement de l'information (CERTI) Nord, Rhône-Alpes-Auvergne, PACA-Corse et Île-de-France). Par ailleurs, les périmètres d'activités mutualisées ne couvrent pas toujours ceux prévus par les directives de la caisse nationale<sup>576</sup>.

Afin d'assurer un équilibre d'emplois et d'activités entre caisses pivots et caisses adhérentes, la CNAF a accordé des dérogations aux périmètres des schémas régionaux (comme pour la numérisation pour laquelle la CAF pivot du Doubs se rapproche de celle de Saône-et-Loire et la gestion de l'allocation de soutien familial pour laquelle la CAF pivot de Belfort intègre les activités de celles du Doubs, de Haute-Saône et de Saône-et-Loire).

572. Données relatives à l'année 2010. La CNAMTS ne dispose pas de données plus récentes.

573 . Fonctions supports (numérisation, formation continue, documentation), expertises (communication, immobilier, études socio-économiques, contrôle de gestion, achats régionaux) et la production (gestion de l'allocation de soutien familial (ASF), gestion de l'AVPF, plateaux téléphoniques physiques ou virtuels).

574 . Télé-recouvrement, accueil en langage des signes, gestion des allocations différentielles des travailleurs frontaliers et des créances internationales.

575. Gestion de la personne, gestion de l'allocation journalière de présence parentale ou de prestations spécifiques, recouvrement amiable et forcé, fonctions comptables, contrôles sur les assurés et prise en charge d'une partie de la production ou de la vérification d'une autre CAF et maîtrise des risques (contrôle interne des activités).

576. Pour les régions Bretagne et Rhône-Alpes, les CAF ont décidé de transférer la totalité de la gestion de l'allocation de soutien familial au lieu d'une partie de celle-ci. À l'inverse, pour la numérisation des documents des allocataires, certaines CAF ont exclu des tâches prévues par la caisse nationale dans le périmètre de l'activité mutualisée.

Les organismes recherchent de fait, chaque fois que possible, un équilibre mutuel entre les effectifs, à l'emploi près et les activités entrant dans le champ des mutualisations.

**Une illustration de la répartition des charges de travail dans le cadre d'une mutualisation locale d'activités**

À la CPAM de Lille Douai, pour la mutualisation de la gestion des courriels assurée par les plateformes des CPAM de Tourcoing et de l'Artois, les 9,29 ETP concernés se répartissaient en 2013 à hauteur de 1,3 ETP pour la CPAM des Flandres, 3,96 ETP pour celle de Lille-Douai, 1,99 ETP pour celle de Roubaix-Tourcoing et 2,03 ETP pour celle du Hainaut.

Cette approche induit des regroupements d'activités de dimension souvent modeste, en faisant ainsi obstacle à la réalisation de gains de productivité significatifs.

Certaines mutualisations permettent aussi de conforter des caisses, parfois de petite taille, avec l'apport d'activités de portée nationale. La CNAMTS a ainsi confié 12 missions nationales à 17 CPAM en 2013 pour un total de près de 350 ETP. Certaines sont de petite taille, comme la CPAM de Digne (gestion des données administratives relatives aux organismes complémentaires), celle de Guéret (gestion de l'allocation journalière d'accompagnement d'une personne en fin de vie), celle d'Aurillac (« *hotline* » employeurs) ou celles de Mende ou de Saint-Lô (plateformes de délestage).

### **3 - Une grande complexité de gestion**

Dans la branche famille, la multitude des champs couverts conduit à un très grand nombre de caisses pivots qui assurent les prestations mutualisées pour le compte des caisses adhérentes. Il existe ainsi pour 102 CAF pas moins de 250 caisses pivots<sup>577</sup>, dont 90 pour les mutualisations à caractère national et 160 pour celles de niveau régional.

---

577. La caisse pivot est l'organisme chargé de l'activité mutualisée. Elle signe une convention avec la caisse nationale et un contrat de service avec les caisses adhérentes.

### **L'enchevêtrement des mutualisations au sein de la branche famille**

S'agissant des mutualisations nationales, la gestion de la paie est assurée fin 2014 par huit caisses pivots pour le compte de 49 caisses adhérentes, les caisses pivots étant assistées par six caisses d'appui avec 16 CAF adhérentes, 37 CAF restant en dehors du dispositif. La lecture automatique des documents (LAD) est, quant à elle, assurée par dix CAF pivots, dont deux couvrent trois déclarations différentes, trois deux déclarations et cinq une seule déclaration.

Dans le domaine des mutualisations régionales faisant partie des domaines socle obligatoires, 22 caisses pivots interviennent pour la numérisation de documents (dans les domaines autres que la LAD) pour le compte de 41 CAF. Pour 24 autres, l'externalisation est en cours ou envisagée. Les caisses restantes demeurent encore autonomes et ne sont rattachées à aucune caisse pivot.

La plateforme d'accueil téléphonique d'Île-de-France couvrant quatre CAF dispose d'un site principal pour la CAF du Val-de-Marne, dans des locaux de celle de Paris et de l'appui des quatre caisses adhérentes, de deux caisses de province (Mont-de-Marsan et Guéret) et d'un plateau à Moulins employant des salariés hors convention collective UCANSS selon des horaires parfois atypiques.

La CAF de Pau s'est engagée dans onze domaines de mutualisation de 2009 à 2015. Elle est CAF pivot pour la gestion de la paye pour deux autres CAF (Bayonne et Tarbes) et adhérente pour les dix autres processus auprès de quatre caisses (Bordeaux, Tarbes, Bayonne, Mont-de-Marsan). Seules deux actions de mutualisation ont été conçues à ce stade avec la CAF de Bayonne (à hauteur d'un ETP), avec laquelle elle est pourtant appelée à fusionner d'ici la fin de la COG en 2017.

Dans la branche maladie, environ 700 mutualisations d'activités concernant plusieurs CPAM étaient dénombrées en 2013. Elles résultent des 450 projets mis en œuvre sur la période de la COG 2006-2009 et des 250 autres lancés pendant la COG 2010-2013. Pour autant, certaines activités n'ont encore été que partiellement mutualisées.



### **Des mutualisations incomplètes au sein de la branche maladie**

Malgré son développement depuis 2006, la gestion mutualisée des rentes d'accidents du travail - maladies professionnelles, des pensions d'invalidité et des capitaux décès couvre un champ encore incomplet. Ainsi, 74 CPAM sont concernées par celle des rentes (24 caisses prenantes traitent 60 % des décomptes au plan national), 79 par celle des pensions d'invalidité (27 caisses prennent en charge 60 % des décomptes) et 88 par celle des capitaux décès (20 caisses assurent 85 % des décomptes).

Les effectifs en charge de ces processus sont dispersés, avec 477 ETP<sup>578</sup> sur 55 sites pour la gestion des rentes, 668 ETP sur 50 sites pour celle des pensions d'invalidité et 80 ETP sur 34 sites pour la gestion des capitaux décès. Cet état de fait vaut aussi pour les recours contre tiers avec 805 ETP sur 67 sites.

Ces mutualisations enchevêtrées sans stratégie d'ensemble, « en toile d'araignée » comme l'IGAS a pu qualifier celles développées par la branche famille dans son évaluation de la COG 2009-2012, aboutissent à un maillage fonctionnel dont la complexité ne favorise pas la réalisation de gains d'efficience.

## **B - Une contribution réduite aux gains de productivité**

### **1 - Un pilotage compliqué**

Généralement, seule une partie des activités mutualisées est transférée. L'organisme délégant demeure l'organisme d'affiliation de l'assuré. Il reste ainsi responsable de la tenue du fichier de ses bénéficiaires, de la relation de proximité (téléphone et accueil), de la gestion des réclamations et contestations (amicales et contentieuses) à traiter en relation avec l'organisme délégataire qui assure l'instruction et la liquidation des dossiers. Ce partage des activités est source de complexité pour les organismes délégants et délégataires.

---

578. Mutualisés et non mutualisés.

### **Des responsabilités mal définies**

Les directives nationales organisent un partage de responsabilité des agents comptables. Toutefois, d'après les textes<sup>579</sup>, c'est l'agent comptable de la caisse prenante qui est seul responsable personnellement et pécuniairement des opérations dont la gestion a été déléguée.

En sens inverse, les caisses délégantes demeurent responsables vis-à-vis des caisses nationales, dans le cadre notamment de la validation des comptes des organismes locaux par les agents comptables des organismes nationaux, de la réalisation d'actions de contrôle interne et de niveaux de maîtrise des risques de portée financière dont elles n'ont plus la maîtrise.

Le nombre élevé de mutualisations conduit à une multiplication d'instances de suivi, sans que l'information apportée aux caisses cédantes apparaisse toujours suffisante.

### **Le pilotage de mutualisations au sein de la branche maladie et de la branche famille**

Dans la branche maladie, quel que soit le type de mutualisation, le suivi de l'engagement des parties est assuré par un comité de pilotage composé de représentants des organismes signataires. Ce pilotage est hétérogène, relevant d'une structure départementale, puis régionale (CPAM de Rouen-Elbeuf-Dieppe-Seine-Maritime) ou éclatée dans une logique de pilotage par activité (CPAM de Pau ou de Lille-Douai). S'agissant de ce dernier organisme, tous les comités de pilotage n'ont pas été mis en place. En outre, pour les 17 missions nationales déléguées par la CNAMTS à certains organismes (voir *supra*), alors que sont prévus un comité de pilotage et un groupe de suivi technique, les caisses dont la Cour a examiné le fonctionnement ne recueillaient aucune information sur les activités dont elles avaient délégué la gestion.

Dans la branche famille, de très nombreux comités ont été créés. Pour chaque champ de mutualisation, une instance nationale d'appui rassemble les responsables de la CNAF et de l'ensemble des CAF pivots. Pas moins d'une quinzaine d'instances d'appui ont été mises en place, auxquelles sont associés des groupes de travail. Localement, le pilotage est assuré par les caisses pivots en lien avec ces instances et avec le comité directeur du schéma régional de mutualisation animé lui-même par un directeur coordonnateur. L'articulation entre tous ces comités devient si complexe qu'ont été mises en place des instances pour à leur tour les coordonner.

---

579. En application de l'article D. 122-23 du code de la sécurité sociale.

## 2 - Une évaluation insuffisante de l'efficacité et de la qualité de service

Le plus souvent, il n'est pas fixé d'objectifs de qualité de service au moindre coût pour les différentes mutualisations. Lorsque tel est le cas, leur réalisation n'est généralement pas suivie. Comme l'a déjà relevé la Cour<sup>580</sup>, les indicateurs en vigueur ne permettent pas de rendre compte de l'impact des mutualisations. En effet, il n'a pas été mis en place de dispositifs permettant de mesurer spécifiquement les résultats de la gestion de l'activité mutualisée (qualité de la liquidation des prestations, délais, coûts de gestion et productivité).

Dans la branche maladie, un bilan d'ordre général a été établi sur les actions mises en œuvre pendant la COG 2006-2009, avec le concours d'un prestataire, mais cette démarche n'a pas été renouvelée. Une étude spécifique a cependant été menée sur la mutualisation des rentes, des capitaux décès et des pensions d'invalidité. Elle fait apparaître des résultats contrastés<sup>581</sup>.

Dans la branche famille, la démarche reste à construire. Pour la mise en œuvre des contrats de service entre CAF pivots et CAF adhérentes, les instances nationales d'appui doivent en effet désormais, avec des groupes de travail constitués avec les CAF pivots, définir leurs modalités d'exécution, leurs indicateurs de qualité et de performance, leurs engagements et leurs responsabilités réciproques. En outre, les effectifs de référence pour traiter ces activités sont en cours de réestimation. Aucun tableau de bord n'est toutefois encore disponible pour les comités directeurs des schémas régionaux de mutualisation.

---

580. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2011*, chapitre XVII : les contrôles des caisses dans le cadre du réseau d'alerte, p. 490-491, septembre 2011, la Documentation française, disponible sur [www.ccomptes.fr](http://www.ccomptes.fr).

581. Ont été constatés une nette amélioration de la gestion des capitaux décès en matière de productivité moyenne, de délais et de qualité de traitement, des progrès circonscrits à l'amélioration de la qualité s'agissant de la gestion des rentes et des améliorations de portée limitée pour celle des pensions d'invalidité.

### 3 - Une contribution difficile à mesurer aux efforts de productivité

En l'absence d'objectifs explicites de gains de productivité qui auraient été définis au préalable, il n'existe généralement pas de bilan économique des mutualisations. Les coûts de montée en charge, les économies et les effets en emplois ne sont pas identifiés ou bien le sont de façon partielle et hétérogène.

Pourtant, les mutualisations, dès lors qu'elles ont une certaine ampleur, peuvent avoir des effets significatifs. La CNAF estime ainsi que la mutualisation de l'édition<sup>582</sup> a permis à la branche d'économiser 22,5 M€ entre 2009 et 2012.

En matière d'emplois, les quelques estimations disponibles traduisent des effets relativement limités. La CNAMTS estime ainsi que les gains de productivité permis par les mutualisations correspondent à 378 ETP sur la période 2006-2013, soit l'équivalent d'un peu moins d'une cinquantaine d'emplois par an en moyenne. Pour l'activité de recouvrement, la baisse des effectifs liée aux activités mutualisées est estimée à 55 ETP sur la période 2006-2009<sup>583</sup>, soit moins d'une quinzaine d'emplois en moyenne par an. La CNAF n'a pas effectué de bilan de ce type, mais estime les gains potentiels liés aux mutualisations à 367 ETP sur la période 2013-2017, soit environ 70 ETP par an, sur la base d'éléments de calcul optimistes<sup>584</sup>.

Au total, la contribution des mutualisations mises en œuvre aux efforts de productivité apparaît en l'état modeste à l'échelle des effectifs et des charges de gestion administrative des branches concernés.

\*

\* \*

---

582 . Cinq centres assurent désormais l'impression, la mise sous plis, l'affranchissement et la remise à l'opérateur postal des documents faisant l'objet de lecture automatique ainsi que les notifications Cristal. La moitié des courriers de la branche famille était prise en charge par ces centres en 2012. La question de la taille de ces derniers reste posée avec des volumes de plis traités très disparates (rapport de 1 à 5).

583. IGAS, *Bilan de la COG 2006-2009*, mai 2010.

584. Sur ces 367 ETP, 80 proviendraient de la mutualisation de la paie. Cette estimation procède d'une hypothèse de traitement de 300 bulletins de salaires par agent, alors que le centre de gestion de Paris, qui fait partie du dispositif mutualisé, ne traite que 170 bulletins par agent fin 2014.

La sélection et la répartition des processus mutualisés ont résulté de dynamiques et de consensus essentiellement locaux, avec pour conséquence le choix d'activités qui ne sont pas centrales et un très grand enchevêtrement sans mise en cohérence des logiques fonctionnelles et géographiques. Les périmètres des activités mutualisées entre organismes ne se recouvrent en effet presque jamais d'une mutualisation à l'autre. Chaque organisme dépend ainsi de plusieurs autres, selon une logique souvent défensive.

Le maillage fonctionnel de plus en plus complexe qui en résulte devient de moins en moins facilement réversible, si une stratégie plus ferme appuyée sur une vision prospective forte n'est pas rapidement mise en œuvre.

### **III - Définir de nouveaux modèles organisationnels**

Dans le cadre des lois financières, un objectif d'économies de gestion a ainsi été fixé aux organismes de sécurité sociale, à hauteur de 1,5 Md€ de 2015 à 2017. En application des COG en vigueur, la branche maladie doit poursuivre ses efforts de réduction des effectifs à hauteur de 4 490 ETP d'ici 2017, tandis que la branche famille et l'activité de recouvrement doivent procéder à des diminutions d'emplois à hauteur respectivement de 1 700 ETP<sup>585</sup> et de 740 ETP, soit une baisse de 6 930 ETP au total.

Au-delà de la nécessité de dégager à cet effet activement et rapidement tous les gains d'efficience possibles en mobilisant l'ensemble des leviers de productivité disponibles pour approfondir les réorganisations intervenues, une modernisation en profondeur du modèle organisationnel des différents réseaux doit être anticipée et préparée à l'horizon des prochaines COG pour répondre à l'évolution des métiers et renforcer la maîtrise des coûts.

---

585. Chiffre net incluant la restitution des 700 emplois supplémentaires dont elle a bénéficié en début de COG.

## A - Des réorganisations à parachever

### 1 - Des écarts de productivité substantiels à réduire

À l'issue des réorganisations, l'écart de taille mesuré en nombre d'emplois entre organismes locaux demeure très important. Il varie de 1 à 22 pour le réseau de la branche maladie, de 1 à 23 pour celui de la branche famille et de 1 à 33 pour l'activité de recouvrement.

**Tableau n° 88 : écarts de taille entre organismes (2013)**

*En ETP*

	Maladie	Famille	Recouvrement
Entité la plus petite, en ETP	107	65	87
Entité la plus grande, en ETP	2 316	1 479	2 856
Écart de 1 à ...	22	23	33

*Source : CNAMTS, CNAF et ACOSS, calculs Cour des comptes*

À titre illustratif, au 31 décembre 2013, les effectifs des 25 plus petites CPAM - dont 19 avec des effectifs inférieurs à 200 salariés - représentaient 4 275 agents, chiffre d'un ordre de grandeur comparable au gain de 4 490 emplois attendu pour l'ensemble de la branche à l'horizon 2017. Autre comparaison possible s'agissant du réseau du recouvrement, parmi les 23 sites infra-départementaux maintenus en activité, l'effectif cumulé des 13 sites les moins importants de chacun des dix départements concernés correspond au nombre d'emplois à restituer à la fin de la COG 2014-2017 en vigueur.

S'agissant des écarts d'emplois dans la branche maladie, parmi les 22 caisses primaires fusionnées, 15 ont un nombre d'emplois supérieur à la CPAM équivalente avant l'effectif le plus réduit<sup>586</sup>. À titre d'illustration de l'importance des écarts qui restent à réduire après réorganisation du réseau, ces 15 CPAM auraient un effort à effectuer de près de 2 000 ETP, soit l'équivalent de 45 % de l'objectif de réduction d'emplois de la branche sur la COG d'ici à 2017, pour s'aligner sur les effectifs des caisses comparables ayant le meilleur ratio de bénéficiaires par agent.

586. La notion d'équivalence s'analyse ici en termes de nombre de bénéficiaires consommateurs pondérés (BCP) par CPAM. Il consiste en la somme du nombre d'assurés, de prestataires de soins et de décomptes de remboursements, pondérés en fonction de la charge de travail afférente à chacune de ces unités élémentaires. Pour être comparées entre elles, les CPAM ont été regroupées par strates de 50 000 BCP.

Les caisses les plus importantes de par leur taille ne sont pas nécessairement les plus performantes en termes de coûts. Parmi les cinq premières CPAM<sup>587</sup>, deux sont en dessous de la médiane et trois au-dessus. Trois des cinq premières CAF<sup>588</sup> sont moins coûteuses que la médiane et deux sont plus coûteuses. Deux des trois premières URSSAF<sup>589</sup> ont un coût inférieur à la médiane et une un coût supérieur.

De fait, les écarts de coûts entre organismes font apparaître un potentiel élevé d'économies.

**Tableau n° 89 : écarts de coûts entre organismes (2013)<sup>590</sup>**

En €

	Maladie	Famille	Recouvrement
Organisme le moins coûteux par ETP	45 509	34 100	60 150
Organisme le plus coûteux par ETP	63 334	63 800	79 592
Écart de 1 à...	1,39	1,87	1,33

Source : CNAMTS, CNAF et ACOSS, calculs Cour des comptes.

À titre d'exemple, si les 25 CPAM les moins performantes - sous-ensemble qui ne coïncide pas avec celui des 25 CPAM les plus petites - atteignaient le coût moyen par bénéficiaires des 25 CPAM les plus performantes, l'économie pourrait atteindre 274 M€<sup>591</sup>. De même, un alignement des 30 CAF les plus coûteuses sur les dix CAF les moins coûteuses permettrait une économie de l'ordre de 50 M€. Pour le réseau du recouvrement, l'économie potentielle de l'alignement des

587. La notion d'équivalence s'analyse ici en termes de nombre de bénéficiaires consommateurs pondérés (BCP) par CPAM. Il consiste en la somme du nombre d'assurés, de prestataires de soins et de décomptes de remboursements, pondérés en fonction de la charge de travail afférente à chacune de ces unités élémentaires. Pour être comparées entre elles, les CPAM ont été regroupées par strates de 50 000 BCP.

588. Paris, Bouches-du-Rhône, Hauts-de-Seine, Rhône et Seine-Saint-Denis.

589. Nord, Bouches-du-Rhône, Paris, Rhône et Seine-Saint-Denis.

590. Méthode de calcul identique pour les trois réseaux : budget de gestion administrative de l'organisme divisé par le nombre d'ETPMA.

591. En 2013, les coûts de fonctionnement des CPAM sont évalués par la CNAMTS à 3,3 Md€ (sur le seul champ des dépenses de fonctionnement des CPAM hors charges de gestion de la CNAMTS, du service médical, des CGSS et des CARSAT pour la partie service social de l'assurance maladie) et hors diverses dépenses à caractère limitatif (la principale étant représentée par les remises de gestion des mutuelles délégataires). Avec un coût moyen du bénéficiaire consommant pondéré (BCP) de 62,07 €. Le coût moyen du BCP des 25 CPAM les plus performantes s'établit à 53,01 €. En appliquant ce coût moyen aux 15 628 149 BCP des 25 CPAM les moins performantes, les coûts totaux seraient ramenés à 2,8 Md€.

cinq URSSAF les plus onéreuses sur les cinq les plus performantes s'établirait à 66 M€. Au total, cette homogénéisation des performances de productivité conduirait, toutes choses égales par ailleurs, à un potentiel d'économies de près de 400 M€, soit l'équivalent d'environ 6 500 ETP<sup>592</sup>.

## 2 - Une taille optimale des organismes de base à définir

La branche maladie a retenu à partir de 2005 la prise en charge de 250 000 bénéficiaires actifs par CPAM comme référence de taille utile en-deçà de laquelle des réorganisations devaient être engagées. Ce seuil, mis en œuvre de façon pragmatique à l'occasion des fusions de caisses, apparaît aujourd'hui obsolète. Les 16 caisses ayant 400 000 à 500 000 bénéficiaires<sup>596</sup> affichent en effet de meilleures performances en termes de coûts comme de qualité de la gestion que les 52 caisses situées en deçà.

Cependant, la CNAMTS s'éloigne de cette référence de taille utile par caisse primaire en privilégiant aujourd'hui une approche de « taille optimale par processus » de gestion, qui la conduit à ne pas réexaminer la pertinence du ressort des caisses. Cette démarche conduit à affecter les activités et les moyens dans un réseau qui n'optimise pas globalement sa gestion, alors qu'une amélioration plus significative des performances apparaît accessible à condition de réexaminer la pertinence du ressort de certaines caisses.

Pour la branche famille, les 12 caisses dont le nombre d'allocataires pondérés est inférieur à 50 000 ont des coûts plus élevés pour une qualité de service supérieure ou égale à 85 %, alors que les caisses dont le nombre d'allocataires est supérieur à 200 000 ont des coûts moins élevés et une dispersion plus grande de qualité de gestion.

---

592. Avec pour référence un coût annuel de 61 000 € par ETP, charges comprises.

596. Mesures réalisées à partir du nombre de bénéficiaires consommateurs pondérés (BCP), indicateur tenant compte de la consommation par classe d'âge des ressortissants de chaque CPAM. Les organismes comptant plus de 500 000 bénéficiaires se situent au-dessus de la moyenne nationale en termes de coût du BCP, à l'exception notable de la CPAM des Hauts-de-Seine (qui liquide par délégation les prestations du régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières). Les indicateurs de qualité correspondent aux résultats de l'axe « service » des contrats pluriannuels de gestion passés entre les caisses et la CNAMTS.



S'agissant de l'activité de recouvrement, la taille des organismes influe aussi sur leur productivité et justifierait une approche en termes de taille optimale par organisme. Les trois URSSAF gérant moins de 150 000 comptes actifs pondérés<sup>597</sup> sont moins productives que la moyenne, celles ayant en charge de 150 000 à 300 000 comptes actifs pondérés (8 sur 11) sont très majoritairement inférieures à la moyenne, alors qu'au-dessus de 400 000 comptes actifs pondérés, une tendance se dégage à une meilleure productivité.

En se privant de cet instrument de pilotage du réseau que pourrait être la définition d'une taille optimale des organismes de base, la recherche de gains de productivité dans le régime général apparaît durablement contrainte par des implantations territoriales qui continuent à privilégier une logique d'accessibilité physique et de couvertures de l'ensemble des fonctions sur un même site. Une autre voie plus prometteuse serait de rechercher le mode de gestion le plus efficace pour chacune, quitte à dissocier beaucoup plus nettement présence de proximité et lieux de production.

## **B - Construire une nouvelle organisation cible**

### **1 - Des leviers de modernisation à mieux utiliser**

Les conséquences de la dématérialisation sur le lieu de traitement des prestations ne sont pas envisagées de manière suffisamment prospective et active par les caisses nationales. Ce levier puissant de réorganisation est insuffisamment exploité pour enrichir et développer les mutualisations fonctionnelles sur les fonctions essentielles et définir une nouvelle organisation territoriale cible. Ainsi, les flux électroniques de prestations en nature, dématérialisés depuis 1997, date de création de la carte Vitale, sont encore aujourd'hui adressés aux CPAM départementales.

De manière générale, la dématérialisation croissante des échanges entre les usagers et les organismes sociaux (télé-déclaration des prélèvements sociaux et des demandes de prestations, ainsi que des justificatifs qui accompagnent ces dernières) permet de dissocier les lieux respectifs des activités de production et de gestion de la relation physique avec les usagers du service public de la sécurité sociale.

---

597. En dehors de la Corse.

Si certaines initiatives ont permis de concentrer l'expertise et la gestion de processus complexes sur certains sites, elles restent relativement limitées.

### **L'émergence de centres nationaux de traitement**

La branche maladie s'est dotée de deux centres nationaux (centre national des soins à l'étranger à Vannes, mission nationale de gestion des données des organismes complémentaires à Digne).

Une part déterminante des activités des URSSAF est gérée dans un cadre national par des centres nationaux ou par des URSSAF compétentes à l'égard de certaines catégories de cotisants.

S'agissant des prélèvements sociaux des employeurs de personnels de maison, le réseau du recouvrement s'est doté de centres nationaux de gestion du chèque emploi service universel et de la prestation d'accueil du jeune enfant, respectivement situés à Saint-Étienne et au Puy-en-Velay.

Surtout, les entreprises comptant au moins 2 000 salariés, dites « très grandes entreprises » (TGE), doivent depuis 2008 obligatoirement déclarer les prélèvements sociaux de l'ensemble de leurs établissements, quelle qu'en soit la localisation, à huit URSSAF désignées par l'ACOSS<sup>598</sup>. La COG 2014-2017 prévoit d'étendre le champ de cette gestion nationale des comptes cotisants suivant deux modalités : un abaissement à 1 000 salariés du seuil de centralisation obligatoire et l'instauration d'une obligation de centralisation pour les groupes d'entreprises. À organisation inchangée des URSSAF, ces évolutions conduiraient à accroître substantiellement l'activité des unions gérant des TGE et réduiraient concomitamment celle des autres unions de plus petite taille, dont les coûts de gestion unitaires par compte cotisant sont déjà comparativement plus élevés.

---

598 . Île-de-France, Nord-Pas-de-Calais, Alsace, Rhône-Alpes, Pays-de-la-Loire, Aquitaine, Midi-Pyrénées et Provence-Alpes-Côte d'Azur. En 2012, les TGE assujetties à une obligation de versement en un lieu unique ont versé 54,9 Md€ de prélèvements sociaux aux huit URSSAF précitées (soit 17,9 % du total des prélèvements sociaux collecté par le réseau des URSSAF). Par ailleurs, les entreprises qui ont opté pour un versement en un lieu unique (auprès de l'une des URSSAF) ont versé 49,5 Md€ de prélèvements sociaux pour cette même année (soit 16,1 % du total des prélèvements sociaux collecté par le réseau des URSSAF). *Évaluation de la COG ACOSS 2010-2013*, IGAS, février 2014.

Pour l'ensemble des branches, les stratégies « multicanal »<sup>599</sup> d'accueil du public déployées par les caisses nationales et l'agence centrale favorisent une séparation plus stricte entre *front* et *back office* en assurant la convergence des différents flux d'accueil (physique, téléphonique, numérique) dans un outil unique de gestion de la relation client consultable par les opérateurs chargés de la mise en œuvre des changements du dossier de l'utilisateur.

Si des points d'accueil physique -avec des agents dotés des outils informatiques permettant d'effectuer des opérations simples – demeurent nécessaires, l'évolution des systèmes d'information tend à priver sans cesse davantage de justification fonctionnelle la prise en charge de tâches standardisées et en grande partie automatisées par plusieurs dizaines d'entités juridiques distinctes.

Par ailleurs, mobilisé par la généralisation au 1<sup>er</sup> janvier 2016 de la déclaration sociale nominative à l'ensemble des entreprises, le réseau du recouvrement conduit une réflexion sur les impacts de cette déclaration sur l'organisation des activités des URSSAF. Cette nouvelle modalité déclarative des prélèvements sociaux assis sur les salaires est par ailleurs de nature à avoir des impacts importants sur les activités des branches de prestations du régime général. Les opportunités d'évolution de l'organisation des activités de production qui en découlent ne devraient pas être négligées.

## **2 - Redéfinir le ressort des organismes de base**

Le ressort départemental n'est ainsi pas nécessairement le plus adapté, dans tous les cas, à l'organisation des activités des CAF et des CPAM. Quoique plus large, le cadre régional peut de son côté parfois apparaître relativement étroit pour une partie des activités gérées par les plus petites URSSAF.

Dans une préoccupation de taille pertinente d'organisme et au regard de la capacité à concentrer aujourd'hui plus fortement les processus de traitement sur certains sites, le ressort géographique des

---

599. L'offre de service dite « multicanal » repose sur l'utilisation d'un outil de gestion de la relation client commun aux accueils physique, téléphonique et courriel. Cet outil assure la traçabilité de l'ensemble des contacts avec les assurés sociaux. Les caisses nationales segmentent par ailleurs leur offre de service dans une logique d'optimisation de l'emploi de leurs ressources en fonction des besoins des usagers. Le déploiement de l'accueil sur rendez-vous et le développement des services dématérialisés et des bornes multiservices participent à cette stratégie.

CPAM et des CAF pourrait être davantage modulé en fonction d'une stratégie de réorganisation d'ensemble des activités. En fonction du schéma cible qui serait retenu à la suite de cette analyse, le ressort des caisses pourrait, selon le cas, conserver un caractère départemental ou bien couvrir plusieurs départements, voire tout ou partie d'une région.

Les attributions des conseils départementaux en matière d'action sociale, qui ont constitué l'une des principales justifications au maillage départemental des CAF, ne sauraient faire obstacle à de nouveaux regroupements de caisses, dans certains cas, sur un périmètre plus large que le département. Elles impliqueraient uniquement qu'une même CAF ait pour interlocuteurs plusieurs conseils départementaux. C'est au demeurant déjà le cas pour les caisses d'assurance retraite et de santé au travail (CARSAT), qui ont pour ressort la région ou l'inter-région, en matière de cofinancement de projets de construction et de rénovation de maisons de retraite dans le cadre de l'action sociale collective.

Une extension du ressort de certaines CAF et CPAM, au-delà de leur département, aux caisses voisines de faible dimension permettrait d'intégrer aux nouvelles organisations une partie des activités qui donnent aujourd'hui lieu à des mutualisations reposant avant tout sur des logiques de partage de la charge de travail en fonction de capacités disponibles plutôt que de « blocs de compétence » homogènes. Elle pourrait aussi permettre à la branche maladie de mettre son organisation davantage en cohérence avec le niveau régional retenu pour le pilotage de l'offre de soins avec la création des agences régionales de santé par la loi « Hôpital, patients, santé et territoire » du 21 juillet 2009, notamment en matière de gestion du risque, aujourd'hui toujours assurée dans la pratique par chaque CPAM dans un cadre départemental, même si elle fait l'objet d'une forme de coordination au niveau régional.

S'agissant du réseau du recouvrement, l'ACOSS a engagé la mise en œuvre de mutualisations portant sur des activités désignées par l'agence centrale (accueil téléphonique de premier niveau, gestion de la trésorerie, formation professionnelle) et d'autres proposées par les URSSAF. Des schémas directeurs inter-régionaux de mutualisation validés par l'agence centrale désigneront une ou plusieurs URSSAF par activité mutualisée au sein de chacune des inter-régions. Au nombre de huit, ces dernières épousent, selon le cas, la nouvelle carte des régions administratives issue de la loi du 16 janvier 2015<sup>600</sup> ou, sans contredire

---

600. Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes, Rhône Alpes-Auvergne et Languedoc-Roussillon-Midi-Pyrénées.

celle-ci, couvrent plusieurs régions<sup>601</sup>. Elles comprennent dans tous les cas l'une des huit URSSAF compétentes pour gérer au plan national les comptes cotisants des établissements des entreprises de très grande taille.

### **3 - S'inscrire systématiquement dans une logique de synergies interbranches et inter-régimes**

Les COG abordent peu les démarches transversales à plusieurs branches du régime général ou régimes de sécurité sociale.

Les fonctions support de l'éditique, des achats et de la paie, sous réserve de la résolution de certaines difficultés<sup>602</sup>, constituent pourtant des domaines propices à une mise en commun afin de dégager des gains de productivité significatifs. Des groupes de travail nationaux sur ces questions sont animés par la direction de la sécurité sociale, mais sans débouchés opérationnels à ce jour. Les achats ont fait l'objet néanmoins de la définition en 2011 d'orientations communes par le comité exécutif de l'UCANSS qui réunit les branches du régime général. Les achats mutualisés entre les branches du régime général portent cependant sur un volume encore limité, quoiqu'en augmentation<sup>603</sup>.

Au-delà des fonctions support, la question peut se poser de la mutualisation plus poussée de certaines fonctions par délégation d'un régime à un autre. Constatant le coût de gestion beaucoup plus élevé des prestations familiales par les caisses de la mutualité sociale agricole (4,7 % du montant des prestations) que par les CAF (2,9 %), la Cour avait

---

601. Île-de-France et Centre, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Corse, Pays-de-la-Loire et Bretagne, Nord-Pas-de-Calais, Picardie, Haute et Basse-Normandie, Alsace, Lorraine, Champagne-Ardenne et Bourgogne-Franche-Comté.

602. Les réseaux du régime général, à l'exception de la branche retraite, utilisent le même logiciel de paie (GRH). L'emploi des différentes fonctions de cette application est très variable selon les branches. Son architecture, conçue pour une utilisation isolée dans un organisme, freine une potentielle mutualisation interbranches.

603. Selon l'UCANSS, le montant des achats mutualisés est passé, courant 2014, de 75 à 230 M€. À titre de comparaison, le montant des achats et des charges externes comptabilisé par les branches et par l'activité de recouvrement du régime général, prises ensemble, s'est élevé à plus de 1,3 Md€ en 2014.

ainsi recommandé que soit étudiée la reprise en gestion technique par ces dernières de leur traitement<sup>604</sup>.

La convention-cadre de performance du service public de la sécurité sociale prévue par l'article L. 114-23 du code de la sécurité sociale, issu de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012, qui a pour objet de mobiliser les principaux organismes nationaux de sécurité sociale autour d'objectifs communs et de favoriser leurs synergies, n'a cependant encore connu aucune concrétisation. Cet instrument vise pourtant des domaines majeurs d'intérêt commun pour les trois principaux régimes (général, indépendants et agricoles) et aux branches du régime général : mesures de simplification, amélioration de la qualité du service, mutualisations entre organismes (gestion immobilière, achats, ressources humaines, communication et systèmes d'information, présence territoriale et évaluation de la performance).

\*

\* \*

La nouvelle génération des conventions d'objectifs et de gestion des branches du régime général pour les années 2018 à 2021 et leurs homologues pour les autres régimes de sécurité sociale doivent ainsi être précédées d'un réexamen d'ensemble des processus métier et des organisations dans un objectif de mutualisation large, cohérente et efficiente, afin de redéfinir un nouveau cadre territorial et fonctionnel à même de dégager des gains de productivité et de qualité de service indispensables.

---

604. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2011*, chapitre XV : la réorganisation de la Mutualité sociale agricole, p. 435-459, septembre 2011, la Documentation française, disponible sur [www.ccomptes.fr](http://www.ccomptes.fr).

---

### CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

---

*Au cours de la dernière décennie, avec la départementalisation des réseaux des branches maladie et famille et de l'activité de recouvrement, puis la régionalisation des URSSAF, le régime général a fait progressivement, mais significativement évoluer une organisation territoriale jusque-là historiquement figée, sans rupture de la continuité du service rendu ni dégradation notable de sa qualité et sans blocage majeur.*

*Cette reconfiguration importante, conduite avec pragmatisme et en laissant une large initiative dans sa mise en œuvre aux échelons locaux, a touché toutefois inégalement les différents réseaux, celui du recouvrement allant le plus loin dans sa recomposition. Pour autant, il s'est agi encore, pour nombre d'organismes, de fusions de nature principalement juridique, les redistributions d'activités, les refontes organisationnelles et la restructuration des implantations n'ayant pas été systématisées.*

*Dans le même temps, la multiplication de mutualisations d'activités entre organismes locaux, portant sur de multiples champs, mais exceptionnellement sur les processus aux enjeux les plus forts, encadrée de façon insuffisamment ferme par les caisses nationales, a dessiné un nouveau maillage fonctionnel d'une grande complexité.*

*Ce double mouvement de réorganisation géographique et fonctionnelle, qui a mobilisé des ressources significatives dans les branches concernées, aurait pu conduire à redessiner puissamment les modes de fonctionnement dans un objectif d'efficience accrue de la gestion.*

*Ces évolutions n'ont pas encore dégagé des gains de productivité à la mesure de leur ampleur. Les très fortes contraintes liées aux protocoles d'accord passés par l'UCANSS ont anormalement paralysé les mobilités géographiques et fonctionnelles des agents. Elles ont facilité le maintien de sites de taille modeste et de dimension infra-départementale et poussé, dans une logique de compensation, de cette absence de mobilité, à la multiplication de liens croisés entre organismes, sur des périmètres généralement différents, ce qui conduit à une imbrication d'activités parfois devenue illisible.*

*Le mouvement des années récentes apparaît ainsi encore largement inabouti. Sur le plan territorial, il fait demeurer de nombreux sites et une proportion importante d'organismes dépourvus de la taille critique minimale pour assurer qualité et efficience de service. Sur le plan fonctionnel, les dépendances réciproques provoquées par des mutualisations pensées dans une logique souvent défensive peuvent devenir autant d'obstacles à de nouveaux regroupements du fait de leur absence de cohérence.*

*Les disparités de taille et de performance des organismes locaux restent pourtant considérables. Les objectifs fixés au régime général en termes de restitutions d'emplois et d'économies de gestion imposent aujourd'hui à chaque branche de définir de nouveaux modèles organisationnels. Les organismes nationaux du régime général devraient tirer toutes les potentialités des réorganisations déjà effectuées, engager un mouvement vigoureux de réduction des écarts de productivité et de coûts entre organismes et anticiper la concentration sur certains sites du traitement des activités de production majeures que permet leur dématérialisation de plus en plus poussée. Ils devraient aussi, chaque fois que possible, mettre en œuvre des mutualisations entre branches du régime général, voire entre régimes de sécurité sociale, dont les caisses sont le plus souvent implantées dans les mêmes agglomérations.*

*Sans attendre la prochaine génération des conventions d'objectifs et de gestion à l'horizon 2018, il importe de dégager activement et sans délai les gains d'efficience importants que doivent procurer des reconfigurations d'implantation indispensables et des intégrations fonctionnelles beaucoup plus poussées et cohérentes. Il y faut une impulsion déterminée des administrations de tutelle qui doivent fixer des objectifs contraignants aux caisses nationales, à qui il appartient de mettre en œuvre un pilotage beaucoup plus ferme de leur réseau.*

*Mais au-delà, de nouvelles étapes de regroupement sont impérativement à préparer dans le cadre d'une stratégie d'ensemble de modernisation en profondeur de la gestion non seulement du régime général, mais aussi des autres régimes de sécurité sociale, en tirant en particulier tout le parti des opportunités que procure l'évolution des métiers. L'importance des investissements informatiques doit avoir un retour beaucoup plus important en termes de diminution du nombre des organismes et de leurs implantations et de dégagement de gains de productivité et de performance à même de diminuer les coûts de gestion et de permettre une décrue des effectifs sans compromettre le service rendu, mais en le rendant au contraire plus agile et plus efficace.*

*La Cour formule ainsi les recommandations suivantes :*

*49. définir par branche et activité, pour la prochaine génération de COG, un schéma cible d'organisation géographique et fonctionnelle différenciant les ressorts territoriaux et les périmètres d'activité des organismes de base, en prenant notamment en compte les possibilités de gestion dématérialisée de la production ;*

*50. fixer des objectifs contraignants aux caisses nationales pour réduire vigoureusement les écarts de taille et de coût entre organismes en définissant une dimension critique minimale pour le maintien de sites en*



*activité et la pérennisation d'organismes distincts et en alignant les moins performants sur les meilleurs ;*

*51. recentrer les mutualisations sur les processus de production et les fonctions support à enjeux significatifs de productivité, en attribuant notamment aux caisses concernées des blocs de compétence cohérents ;*

*52. renégocier l'accord relatif aux garanties conventionnelles apportées dans le cadre de l'évolution des réseaux afin de favoriser une plus grande mobilité géographique et fonctionnelle des agents ;*

*53. mettre en œuvre la convention cadre de performance de l'article L. 114-23 du code de la sécurité sociale pour développer les mutualisations interbranches et inter-régimes.*

---